Deutscher Bundestag
13. Wahlperiode

Drucksache 13/4695

22. 05. 96

Entschließungsantrag

der Gruppe der PDS

zu dem Gesetzentwurf
der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P.
– Drucksachen 13/3608, 13/4691 –

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Weiterentwicklungsgesetz – GKVWG –)

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

1. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland befindet sich in einer tiefen strukturellen und finanziellen Krise.

   Umfang und Art seiner Leistungen und Ausgaben sind in hohem Maße Resultat anbieterdominierter Nachfrage. Sie haben sich nicht bedarfsorientiert und auch nicht im Ergebnis prioritärer gesundheitspolitischer Zielvorgaben entwickelt.

   Infolgedessen bestehen erhebliche Disproportionen. Empfindlichen Versorgungsdefiziten (z. B. hausärztliche Versorgung, psychosoziale Betreuung, Mangel an Pflegepersonal sowie auch an Ärzten in den Krankenhäusern, Leistungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, Gesundheitsförderung und Prävention) stehen Bereiche tendenzieller Überversorgung (z. B. Spezialärzte in der Ambulanz, Verordnung von Arzneimitteln, akut-medizinische Krankenhausbetten, medizinische Großgeräte) gegenüber.

   Einzelleistungsvergütung, überholte, medizinisch und ökonomisch ineffektive Betriebsformen (wie die noch immer dominierende ärztliche Einzelpraxis) sowie eine künstliche Trennung von Ambulanz und Krankenhaus führen zu medizinisch nicht begründeten Mengenausweitungen, Doppel- und Mehrfachuntersuchungen und begünstigen eine Medikalisierung psychosozialer Probleme.

   Diese Strukturmängel und Fehlsteuerungen werden durch die Machtpositionen und eine kaum gezügelte Profitorien-

tierung des medizinisch-industriellen Komplexes erheblich verstärkt.

Alle bisherigen Versuche, der Vergeudung der von der Solidargemeinschaft der Versicherten aufgebrachten Mittel durch administrative Reglementierungen des medizinischen Handelns zu begegnen, haben lediglich zu weiterer Ausuferung von Bürokratie und Verwaltungsaufwand in gesetzlicher Krankenversicherung und ärztlicher Selbstverwaltung geführt.

Infolge unterschiedlicher finanzieller Trägerschaften und organisatorischer Trennungen der inhaltlich zusammengehörigen Kernbereiche des Gesundheitswesens (Prävention, medizinische Versorgung, Rehabilitation, Pflege) können die Aufgaben der Einzelsysteme oft nur schwer zu einer am individuellen Patientenbedarf orientierten Gesamtleistung zusammengeführt werden. Darunter leidet gerade auch die Bewältigung der heute im Vordergrund stehenden chronischen Krankheiten und psychosozialen Störungen.

Die weitgehende Ausblendung der gesellschaftlichen Bedingtheit von Gesundheit und Krankheit, der Zusammenhänge zwischen Arbeits- und Lebensbedingungen der Menschen und ihrem Gesundheitszustand sowie der daraus resultierenden sozialen Ungleichheit vor Krankheit und Tod korrespondiert mit systematischer Unterentwicklung von sozialer Prävention und Rehabilitation zugunsten akutmedizinischer Intervention.

Autoritäre und hierarchische Macht- und Entscheidungsstrukturen sowie mangelnde Partizipation und Einflußmöglichkeiten der Versicherten verstärken die Reformunfähigkeit und Selbstblockierung des Systems.

2. Die bisherigen Reformansätze haben keines der meist seit längerer Zeit angestauten Probleme wirklich gelöst. Sie waren in erster Linie zu Lasten der Versicherten auf Leistungskürzungen und Ausweitung von Patientenzuzahlungen gerichtet und konnten damit stets nur kurzfristige Kostendämpfung bewirken. Bestehende Strukturmängel und Fehlsteuerungen wurden bisher nicht beseitigt.

   Auch die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 verbundenen Erwartungen sind nicht erfüllt worden. Durch strikte Budgetierung aller wesentlichen Bereiche des Gesundheitswesens ist es zwar gelungen, den Anstieg der Beitragssätze zu begrenzen. Zugleich sind durch die sektorale Budgetierung aber auch Unwirtschaftlichkeiten verstärkt und bestehende Strukturen verfestigt worden. Darüber hinaus wurden die Zuzahlungen und Selbstbeteiligungen der Patienten erhöht, Zulassungssperren für ärztliche Niederlassungen mit der Folge drastischer Verschlechterungen der beruflichen Perspektiven der nachrückenden Ärztegeneration verfügt sowie eine weite-

re bürokratische Überfrachtung medizinischer Tätigkeit ausgelöst.

Für die Menschen hat diese Art von Reform nur zusätzliche finanzielle Belastungen und neue Unsicherheiten gebracht. Die Ärzte ebenso wie viele andere Beschäftigte im Gesundheitswesen arbeiten heute mehr denn je unter Rahmenbedingungen, unter denen sie dem humanitären Anspruch ihrer Berufe immer weniger gerecht werden können.

Ansätze, mit dem Gesundheitsstrukturgesetz auch zu echten Strukturveränderungen zu kommen, erwiesen sich entweder als von vornherein ungeeignet (z. B. Verbesserung der ambulant-stationären Integration durch vor- und nachstationäre Behandlung sowie durch ambulante Operationen) oder wurden nur halbherzig bzw. schlecht umgesetzt (z. B. Stärkung hausärztlicher Versorgung und zuwendender Medizin, EBM-Reform, Neuordnung des Entgelt-Systems in den Krankenhäusern) oder gar in aller Öffentlichkeit ersatzlos gestrichen (z. B. Positivliste).

Infolgedessen ist es nach vorübergehender Kostendämpfung bereits 1995 wieder zu einem beträchtlichen Defizit in der gesetzlichen Krankenversicherung gekommen. Durch politische Entscheidungen herbeigeführte Einnahmeverringerungen sowie Mehrausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zugunsten anderer Sozialversicherungsträger haben dies zusätzlich verstärkt. Eine Reihe von Kassen hat darauf mit Beitragssatzerhöhungen reagiert.

Die Hauptursachen der Finanzierungsprobleme in der gesetzlichen Krankenversicherung liegen allerdings nicht in einer vermeintlichen Kostenexplosion, sondern in erster Linie in den relativ zurückbleibenden Einnahmen infolge der seit langem tendenziell sinkenden Lohnquote und infolge zunehmender Massenarbeitslosigkeit. Unter diesen Bedingungen hat die Erhöhung der Beitragssätze stets nur bewirken können, daß der Anteil der Ausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung am BIP in etwa gleichgeblieben ist. Diese Tatsache wird von der Regierung bisher völlig ignoriert.

Ein auch in Zukunft leistungsfähiges Gesundheitswesen, verbunden mit Beitragsstabilität, erfordert daher, daß die Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung vor allem durch eine sozialstaatlich orientierte und dauerhafte Verbesserung ihrer Einnahmesituation konsolidiert werden.

3. Vor diesem Hintergrund haben Regierung und Koalition die sogenannte dritte Stufe der Gesundheitsreform in Angriff genommen.

   Sie knüpfen dabei daran an, daß – begleitet vom Risikostrukturausgleich – das Gesundheitsstrukturgesetz das bisherige Mitgliederzuweisungsprinzip durch Wahlfreiheit der Versicherten ersetzt hat. Damit wurden nicht nur die

sozial ungerechten Beitragssatzunterschiede reduziert, die infolge differierender Mitgliederstrukturen der einzelnen Kassen bestanden, sondern erstmals auch die Möglichkeit für eine direkte und offene Konkurrenz der gesetzlichen Krankenkassen um Mitglieder eröffnet.

Inzwischen sind „Wettbewerb der Krankenkassen" und „Vorfahrt für die Selbstverwaltung" zu offiziellen Leitideen der Reform des Gesundheitswesens geworden. Damit wird die Erwartung verbunden, daß durch erweiterte Möglichkeiten für Modellvorhaben, eine Liberalisierung des Vertragsrechtes sowie unterschiedliche Verträge der einzelnen Kassen mit den Leistungserbringern neue Versorgungs- und Vergütungsformen sowie veränderte Anbieterstrukturen entstehen und so Rationalisierungsreserven erschlossen werden können.

Da dieses Konzept angesichts von Selbsverwaltungen, die immer noch einseitig und vorwiegend interessengeleitet als Standes- bzw. Institutionsvertretungen agieren, nicht funktionieren kann, bedeutet es in erster Linie den Rückzug des Staates aus seiner übergreifenden Verantwortung für die Gestaltung der Rahmenbedingungen sowie für Steuerung und Regulierung des Gesundheitswesens.

In Kauf genommen wird zugleich, daß die einzelnen Kassen unter solchen Bedingungen zur Risikoselektion zu Lasten von sozial schwachen, von chronisch kranken und behinderten Menschen stimuliert werden und daß jede Kassenkonkurrenz um unterschiedliche Versichertengruppen u. a. mit Hilfe solcher satzungsrechtlichen Möglichkeiten wie Beitragsrückerstattung, erhöhte Zuzahlungen, Selbstbehalte im Rahmen einer Kostenerstattung und Sonderbeiträge für zusätzliche Leistungen früher oder später zu unterschiedlichen Leistungskatalogen sowie zu Zerstörung des Solidarprinzips führen muß.

Damit sind auch im Zusammenhang mit der dritten Stufe der Gesundheitsreform alle Maßnahmen und Überlegungen wiederum einseitig darauf gerichtet, wie die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gedämpft und die Krankheitskosten zu noch höheren Anteilen als bisher allein den Versicherten aufgebürdet werden können.

4. Das Gesetzesvorhaben der Regierung steht damit in einem eindeutigen politischen Zusammenhang. Sozialstaatlichkeit soll auch in diesem Bereich weiter abgebaut, und Wirtschaft und Staat sollen auf Kosten der Versicherten entlastet werden.

   Aber schon heute können gerade viele ältere, chronisch kranke und behinderte Menschen die Zuzahlungen für dringend benötigte medizinische Leistungen kaum noch aufbringen. Sollten weitere Belastungen wirksam werden, müßten sie endgültig auf notwendige, aber unbezahlbar gewordene medizinische Hilfen verzichten. Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland steht am

Scheideweg. Rückkehr zu unverhüllter Zwei-Klassen-Medizin oder Festigung seiner solidarischen Grundlagen sind die Alternativen.

II. Die Bundesregierung wird aufgefordert, bei der Weiterentwicklung der Strukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung und im Gesundheitswesen nach folgenden Grundsätzen zu handeln:

1. Gesundheit dient menschlicher Persönlichkeitsentwicklung und Selbstverwirklichung. Gesundheitssicherung und medizinische Versorgung sind daher soziales Menschenrecht.

2. Die Medizin soll allen Menschen gleichermaßen und bedarfsorientiert helfen können. Die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen nach individueller Zahlungsfähigkeit zerstört eine gleiche Absicherung aller bei Krankheit bzw. führt zur Ausgrenzung ganzer Bevölkerungsgruppen aus der gesundheitlichen Versorgung.

3. Das Gesundheitswesen muß deshalb Teil des Sozialstaates sein und bedarf damit staatlicher Gestaltung, Regulierung und Steuerung. Auch die Korrektur grundlegender Fehlentwicklungen muß in erster Linie durch den Staat erfolgen. Wettbewerb der Krankenkassen ist kein geeignetes Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen.

4. Eintreten für soziale Chancengleichheit heißt, sich vor allem auch für die Lösung der Gesundheitsprobleme der sozial Schwächeren und Bedürftigen einzusetzen und der Verminderung bzw. Kompensation der Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt hohe Priorität einzuräumen.

5. Der Anspruch auf eine humane, tolerante und repressionsfreie Hilfeleistung steht vor der Klärung von Verschuldens- oder Verursachungsfragen. Auch nonkonforme Lebensstile sind zu respektieren.

6. Gesundheit fordert mehr als medizinische Versorgung. Wirtschaftliche und soziale Not, Armut und Obdachlosigkeit sowie Umweltzerstörung und Krieg begünstigen Krankheiten und Gesundheitsstörungen.

   Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod muß durch zielorientiertes politisches Handeln zurückgedrängt werden.

7. Einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik im Sinne sozialer Prävention (Arbeit, Umwelt, Wohnen, Verkehr, Konsum, Freizeit usw.) kommt hoher Stellenwert zu. Neben sozial gerechten Verhältnissen geht es dabei ebenso um ökologisch verantwortbare Beziehungen zwischen Mensch und Natur.

8. Auch die Ausgestaltung von Gesundheitssicherung und Gesundheitsversorgung verlangt ein Maximum an demokratischen Partizipationsrechten.

III. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, mit konkreten Maßnahmen zur Weiterentwicklung von gesetzlicher Krankenversicherung und Gesundheitswesen folgende Aufgaben und Ziele zu verwirklichen:

1. Die konstitutiven Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung sind uneingeschränkt zu erhalten bzw. wiederherzustellen:

   - Solidarische und paritätische Finanzierung, das Bedarfs- und Sachleistungsprinzip sowie ein einheitlicher Leistungskatalog sind unverzichtbare Bestandteile einer sozialen Krankenversicherung.

   - Selbstbeteiligungen und Zuzahlungen der Patienten und Versicherten werden wieder abgeschafft. Sie sind unsozial, als Steuerungsinstrumente unwirksam und für die Qualität der Versorgung kontraproduktiv. Eingeführte Kostenerstattungsregelungen sind zurückzunehmen.

   - Auch Leistungskürzungen, Selbstbehalte, Beitragsrückerstattungen, Regel- und Wahlleistungen sowie Sonderbeiträge für zusätzliche, allein durch die Versicherten finanzierte Leistungen haben im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung keinen Platz. Sie zerstören ihren solidarischen Charakter und mindern die soziale Qualität der Gesundheitsversorgung.

2. Die finanziellen Aufwendungen für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen und für die gesetzliche Krankenversicherung werden auch künftig wachsen müssen.

   Beitragssatzstabilität kann dabei gewährleistet werden,

   - wenn kurzfristig die Wirtschaftlichkeitsreserven des Gesundheitswesens durch eine echte Strukturreform, die an den tatsächlichen Konstruktions- und Steuerungsfehlern des Systems ansetzt, erschlossen werden,

   - wenn kurz- und mittelfristig die Solidargemeinschaft der Versicherten und damit auch die finanziellen Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung wesentlich gestärkt werden; Maßnahmen dazu sind:

     - Aufhebung der Versicherungspflicht- und Anhebung der Beitragsbemessungsgrenze,

     - Einbeziehung aller Bevölkerungsschichten, einschließlich Selbständiger und Beamter auf der Grundlage einer allgemeinen Versicherungspflicht,

     - Orientierung der Arbeitgeberbeiträge nicht allein an der Lohnsumme, sondern auch an der Wertschöpfung,

   - wenn mittel- und langfristig Bund, Länder und Gemeinden entsprechend ihrer Verantwortung gesundheitliche Leistungen zu höheren Anteilen als gegenwärtig aus Steuermitteln mitfinanzieren.

3. Demokratie und Partizipationsrechte im Gesundheitswesen sind auszubauen durch:

   - Stärkung und Reform der Selbstverwaltung,

- wirkungsvollere Mitbestimmung der Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung,
- Förderung von Selbsthilfeinitiativen als Formen der Selbstorganisation Betroffener.

4. Zur Sicherung einer ganzheitlichen, qualitativ hochstehenden und zugleich wirtschaftlichen Versorgung gehören vor allem:

   - mehr integrative Strukturen, die sowohl innerberufliche als auch berufsübergreifende Kooperation fördern, die Schranken zwischen den verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens überwinden und insbesondere die Trennung von Ambulanz und Krankenhaus aufheben,
   - mehr psychosoziale und pflegerische Leistungen,
   - mehr vorsorgende und nachsorgende Betreuung; vor allem auch die Angebote des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bedürfen der Erweiterung;
   - bei der Steuerung der gesundheitlichen Versorgung im Sinne von mehr Bürgernähe, Bedarfsgerechtigkeit und Integration kommt der regionalen Ebene eine besondere Bedeutung zu.

5. Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung müssen stärker entwickelt werden. Krankheiten sind in hohem Maße auch Folge von Belastungen aus der Lebens- und Arbeitsumwelt, die der Einzelne nicht oder kaum beeinflussen kann.

   Ziel präventiver Gesundheitspolitik muß es sein, in Entstehungsbereichen und -prozessen von Krankheiten zu intervenieren. Strategien und Programme müssen sich auf die wichtigsten Verursachungsfelder der Gesundheitsrisiken richten, wie soziale und stoffliche Umwelt, Arbeitswelt und persönliche Lebensführung.

   Ursachenorientierte Prävention muß u. a. über Maßnahmen der Arbeitsmarktpolitik, der Technologie- und Innovationspolitik durchgesetzt werden. Verhältnisprävention kann so große Gruppen von Menschen erreichen.

   Das persönliche Verhalten wird maßgeblich durch die Anforderungen in Beruf und Familie, durch soziale Verhältnisse und Kommunikationsbedingungen bestimmt. Verhaltensprävention erfordert daher ein komplexes Herangehen. Angebote, die sich nur an den einzelnen wenden, bleiben in ihrer Wirkung begrenzt. Das Selbstbestimmungsrecht der Persönlichkeit ist in Verbindung mit Präventionsmaßnahmen zu achten.

   Voraussetzung für die Durchführung und Evaluation präventiver Maßnahmen sowie generell für eine zielorientierte Gesundheitspolitik ist eine umfassende Gesundheitsberichterstattung auf den verschiedenen Ebenen, die darauf abzielt, Gesundheitsrisiken nach Verursachungsbe-

reichen, Krankheitsarten und Bevölkerungsgruppen differenziert zu erfassen und zu bewerten.

6. Dringend notwendig ist eine Reform des Medizinstudiums, die dem Paradigmenwechsel in der Heilkunde Rechnung trägt, sowie eine Modernisierung der Aus- und Weiterbildung in den anderen Heil- und Pflegeberufen.

7. Zur Verbesserung der strukturellen Voraussetzung für eine hohe Qualität und Wirtschaftlichkeit der medizinischen Versorgung sind vor allem erforderlich:

   im ambulanten Bereich

   - die Stärkung der hausärztlichen Arbeit, Ausbau der zentralen, integrierenden und koordinierenden Rolle der Hausärzte innerhalb der gesundheitlichen Versorgung, Erhöhung der Attraktivität dieser Tätigkeit durch verbesserte Weiter- und Fortbildung, Förderung einschlägiger wissenschaftlicher Arbeit und eine adäquate Vergütung,

   - Honorierungsformen, die mehr menschliche Zuwendung ermöglichen und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient fördern, indem sie eine von kommerziellen, bürokratischen und zeitlichen Zwängen entlastete Atmosphäre begünstigen,

   - Förderung und Ausbau kooperativer Formen ärztlicher Tätigkeit in Gemeinschafts- und Gruppenpraxen sowie in Gesundheitszentren und Polikliniken, gleichberechtigte interdisziplinäre Zusammenarbeit von Ärzten und Angehörigen anderer Berufsgruppen (Psychologen, Sozialarbeiter, Naturwissenschaftler u. a.), verstärktes Zusammenwirken mit sozialen Diensten, Behindertenorganisationen und Selbsthilfegruppen,

   im Krankenhausbereich

   - Beibehaltung der Verantwortung der Länder für eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern und damit auch des dualen Finanzierungssystems,

   - Überwindung hierarchischer Strukturen, wesentliche Erhöhung des Anteils von langjährig erfahrenen Fachärzten in Krankenhäusern, Verbesserung der Voraussetzung für die ärztliche Weiterbildung,

   - Aufwertung der Rolle der stationären Pflegedienste und des Pflegepersonals in der innerbetrieblichen Arbeit sowie in der Öffentlichkeit, weitere Erhöhung der Zahl der Pflegekräfte, Gewährleistung humaner Arbeitsbedingungen sowie Verbesserung der Vergütung,

   - Herstellung der Durchgängigkeit der akut-medizinischen, rehabilitativen einschließlich geriatrisch-rehabilitativen sowie pflegerischen Betreuung der Patienten durch schrittweise Überwindung künstlich geschaffe-

ner Abgrenzungskriterien und unterschiedlicher Trägerschaften,

- Vernetzung der Krankenhäuser mit anderen Versorgungsformen, Weiterentwicklung von teilstationärer sowie vor- und nachstationärer Behandlung, Kurzzeitpflege, ambulante Pflegediensten, Notfallversorgung sowie Fach- und Institutsambulanzen an Krankenhäusern im Sinne einer besseren Verzahnung; spezialärztliche ambulante Leistungen sollten in Krankenhäusern erbracht werden können,
- Einsatz von Großgeräten entsprechend dem regionalen Bedarf vor allem an Krankenhäusern bei kooperativer Nutzung für stationäre und ambulante Versorgung, Qualifizierung der Großgeräteplanung durch regelmäßige Überprüfung der entsprechenden Liste sowie der Anhaltszahlen für die Bedarfsplanung, Entwicklung einer übergreifenden Medizintechnologiepolitik,

in der Arzneimittelversorgung

- Herstellung von mehr Transparenz auf dem Arzneimittelmarkt, Einführung einer Positivliste,
- Verbesserung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der Arzneimitteltherapie,
- Gewährleistung einer herstellerunabhängigen Information, Beratung und Fortbildung der Ärzte durch die ärztliche Selbstverwaltung und Hinzuziehung von Krankenkassen und Apothekern,
- Novellierung des Arzneimittelgesetzes mit dem Ziel einer deutlichen Erhöhung der Arzneimittelsicherheit und der Verbesserung des Haftungsrechtes zugunsten von Geschädigten,
- wirksamer Kampf gegen Arzneimittelabhängigkeit, mehr Aufklärung der Bevölkerung, Einstellung der Arzneimittelwerbung in Massenmedien und Öffentlichkeit.

Bonn, den 20. Mai 1996

Dr. Gregor Gysi und Gruppe

Druck: Thenée Druck, 53113 Bonn, Telefon 91781-0
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333